

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1931

THESE

N° 108

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MEDECINE)

par

Samuel GOLAB

Ancien Interne au Sanatorium de Grèvecœur-le-Grand

Né le 8 Octobre 1905, à Mława (Pologne)

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES ABCÈS DU POUMON
CHEZ LES NOURRISSONS**

Président : M. LEREBoullet, Professeur

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1931

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552003_0018

Année 1931

THESE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MEDECINE)

par

Samuel GOLAB

Ancien Interne au Sanatorium de Crèvecœur-le-Grand

Né le 8 Octobre 1905, à Mlawka (Pologne)

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES ABCÈS DU POU MON
CHEZ LES NOURRISSONS**

Président : M. LEREBoullet, Professeur

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1931

LE DOYEN..... M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON
	ACHARD
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	II. CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN
	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DEL BET
	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.

II. — AGRÈGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
BIET	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENI	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) ..	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGREGÉS RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
REITTERER	Histologie.
ZIMMERS	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique obstétricale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
LÉRI	Clinique médicale.
METZGER	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE *ad memoriam*

A MON PERE

A MA TANTE AMANDA

A MON ONCLE SALO

A MON ONCLE BOLEK SKOWRONS

En témoignage de ma profonde gratitude.

A MON FRERE AINE JONEK

A MES SOEURS ET A MON FRERE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

PIERRE LEREBoullet

Professeur de Clinique de la première enfance
Médecin de l'Hospice des Enfants Assistés
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a indiqué ce travail, qui a bien
voulu nous faire l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FERNAND BENOIST
Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui nous a guidé de ses conseils.
En témoignage de reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ BOHN
Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris

*En reconnaissance pour le bienveillant
intérêt qu'il nous a porté au cours de ce
travail.*

A MES MÂTRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR WAUTRIN (*ad memoriam*), de la Faculté de Nancy

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE, de la Faculté de Nancy

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SIMON, de la Faculté de Nancy

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHEL, de la Faculté de Nancy

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VAQUEZ, Hôpital de la Pitié

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU, Hôpital Necker

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLIN, Hôpital de la Salpêtrière

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TEISSIER, Hôpital Claude-Bernard

A MONSIEUR LE DOCTEUR MILIAN, Hôpital Saint-Louis

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEVIAIGNE, Hôpital Lariboisière

INTERNAT

Sanatorium départemental de Crèvecœur-le-Grand :
Docteur Labadie-Lagrave, médecin-directeur.

INTRODUCTION

Les abcès du poumon sont des collections purulentes creusées en plein parenchyme pulmonaire (Nobecourt).

Jusqu'à ces dernières années, ces collections étaient considérées comme une rareté clinique, mais grâce au perfectionnement des procédés d'exploration thoracique et en premier lieu, à la radiologie, leur fréquence réelle a été démontrée. De nombreux cas, qui autrefois seraient demeurés inconnus, sont actuellement diagnostiqués. L'épidémie grippale de 1918 et les intoxications par le gaz de combat (ypérite) ont contribué à augmenter encore leur nombre. D'où ces multiples travaux, qui ont été faits dernièrement en France et à l'Etranger et qui ont rénové complètement la question des abcès du poumon.

Par contre, peu de publications ont traité de l'abcès du poumon chez le nourrisson, étant donné la grande difficulté du diagnostic de cette affection chez l'enfant.

Dans ce travail, nous n'envisagerons pas les abcès amibiens, qui cèdent au traitement par l'émétine, ni les collections d'origine tuberculeuse, qui n'ont pas le même début, ni la même évolution et qui se caractérisent par la présence du Bacille de

Koch ; nous n'envisagerons pas non plus les suppurations fétides : gangrène et dilatation des bronches, qui constituent des maladies à part.

Nous étudierons les abcès du poumon à pyogènes ; nous indiquerons qu'ils ne sont pas exclusivement une trouvaille d'autopsie, mais que nombre d'entre eux constituent une entité clinique, pouvant être diagnostiqués chez l'enfant *in vitam*, pouvant être traités et même guéris.

HISTORIQUE

L'abcès du poumon a été connu depuis fort longtemps. Après Laënnec (1826), qui, dans le « *Traité de l'auscultation médiate* » a fait le premier une description de ces suppurations chez l'adulte, Grisolle (1841) considère cette affection comme une complication de la pneumonie et insiste sur son extrême rareté. En dix ans, il ne lui est arrivé « qu'une fois de voir une collection purulente véritablement formée pendant la vie ».

Les premières descriptions des abcès du poumon chez l'enfant remontent à Rilliet, Barthez, puis Barrier (1845), qui insistent sur la « possibilité de la terminaison de la pneumonie lobulaire par des suppurations » qui, dans certains cas, peuvent déterminer des véritables abcès : « Cavités d'un volume compris entre celui d'un grain de chènevis et celui d'un gros pois remplie de pus, tantôt avec, tantôt sans communication avec la bronche. »

Ces auteurs ont déjà fait une distinction entre ces collections et les suppurations pleurales, tuberculeuses et gangréneuses.

Trousseau (1865) insiste sur la fréquence relative de ces abcès du poumon, chez l'enfant, par

rapport avec ceux de l'adulte, qui sont extrêmement rares, et chez qui il n'en a vu que deux cas dans sa pratique médicale.

Charcot, Bouchard et Brissaud (1894), en France, Blum, Steffen (1878), Hochsinger (1888), Heuhner et Bartenstein (1907) en Allemagne et Autriche, ont publié des observations sur l'abcès du poulmon chez le nourrisson en les considérant comme une complication de la pneumonie survenant chez les débilités et cachectiques.

En 1908, le D^r Baron cite une observation d'abcès dont l'étiologie lui échappe, et pense qu'il s'agit d'un cas cliniquement primitif.

P. Derchen, dans sa thèse (1925) faite dans le service du P^r Nobécourt, a recueilli 6 observations des abcès du poulmon chez les nourrissons. Dans 3 cas, il s'agissait de grosses collections purulentes, s'étant développées d'une manière insidieuse dans le tissu pulmonaire — se traduisant en clinique par une symptomatologie très disparate : rhino-pharyngite, coryza, toux, ou bien une gastro-entérite.

Dans les trois autres cas, il s'agissait des abcès multiples survenus à la suite d'une broncho-pneumonie.

Ces collections purulentes ne sont donc pas si exceptionnelles come le pensaient les anciens auteurs, puisque « sur une centaine d'autopsies qui ont été pratiquées chez les enfants de tout âge en 1924-1925, dans le service du P^r Nobécourt, il existait 5 abcès du poulmon chez les nourrissons ».

Mais, malheureusement, tous les cas cités n'étaient qu'une découverte d'autopsie.

Dans ces dernières années ont paru quelques observations isolées en France, aux Etats-Unis et en Angleterre sur les abcès du poumon chez le nourrisson, dépistés en clinique, mais nous y reviendrons.



ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Comme chez l'adulte, tout abcès du poumon succède à une phase d'infection pulmonaire.

La débilité, la cachexie, y prédisposent.

L'âge du nourrisson : on a observé des abcès chez le nouveau-né de 15 jours, aussi bien que chez le nourrisson de 1 an, mais leur fréquence est plus grande au-dessus de 5 mois.

Ces infections pulmonaires déterminant les abcès ont à leur origine :

DES INFECTIONS PAR VOIE AERIENNE

a) La *pénétration* dans les voies aériennes d'un corps étranger est fréquente chez les enfants et aliénés.

Huber (*) apporte une observation d'un enfant qui a fait un abcès du poumon, dû à la pénétration dans ses bronches d'un petit clou métallique.

La pénétration des particules septiques, pendant une anesthésie complète — le réflexe toussigène étant supprimé — a été signalée par certains auteurs. L'intervention sur les amygdales et les

(1) Huber : Arch. ped. N. Y. 1909 XXI.

végétations adénoïdiennes y prédisposent particulièrement.

b) *L'origine rhino-pharyngée* s'observe chez le nourrisson. Les germes pathogènes se propagent le plus souvent par voies descendantes, gagnant les bronches et les bronchioles. Il est donc compréhensible qu'un des symptômes fréquents du début de l'abcès du poumon soit une rhino-pharyngite, un coryza.

c) *L'origine bronchique* est démontrée dans les cas où l'abcès est une complication d'une broncho-pneumonie ou d'une pneumonie. Dans le premier cas, ce sont des petits foyers de suppuration péri-bronchique, habituellement nombreux, à symptomatologie fruste et noyée dans les symptômes de l'affection initiale; les abcès post-pneumoniques sont par contre des collections volumineuses et peu nombreuses.

Les abcès broncho-pneumoniques se voient surtout quand cette affection est une complication de la rougeole ou grippe.

DES INFECTIONS PROPAGEES PAR VOIE SANGUINE

Au cours d'une septicémie il se forme par embolie des petits abcès miliaires ou des infarctus suppurés.

Les abcès par propagation d'une infection de voisinage se font souvent par voie lymphatique.

LES GERMES

Les germes pathogènes de l'abcès du poumon sont nombreux. Chez l'adulte, le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque, le B. de Friedlander, le B. de Pfeifer, l'entérocoque, le tétragène, le M. Catarrharis, ont été accusés, isolés ou associés entre eux.

Dans les abcès à pyogènes, on trouve plutôt « l'unicité » des germes bactériologiques, la pluralité étant caractéristique des suppurations fétides.

Chez l'enfant, une observation d'abcès à pneumocoque a été récemment publiée par le P^r Nobécourt (*).

Chez le nourrisson, les recherches bactériologiques ont été rarement effectuées, l'abcès du poumon n'étant presque jamais diagnostiqué chez l'enfant en vie.

Dans notre observation n° 1, l'examen bactériologique et la culture du pus, retiré par ponction de l'abcès, ont montré la présence du *staphylocoque doré pur*.

Il ne s'agissait donc pas d'un examen des crachats, qui donne une certitude bactériologique relative, mais bien du pus provenant directement de l'abcès.

Certains auteurs nient la valeur pathogène pro-

(1) Les abcès du poumon chez l'enfant. (Concours Médical 1926, p. 133b).

pre du staphylocoque dans les suppurations pulmonaires ou pleurales du nourrisson. Ils considèrent ce microbe comme un saprophyte, commensal, le plus souvent, du B. de Koch.

Mais, dans notre cas, il s'agissait du staphylocoque *doré*, dont le rôle pathogène a été déjà signalé antérieurement par quelques auteurs.

Greer, en 1925, prétend que ce microbe s'est montré l'agent principal des suppurations qu'il a observées.

MM. Bezançon, Jacquelin et Célice ont fait en 1927 une communication à ce sujet, à la Société Médicale des Hôpitaux (1).

Récemment on a observé dans le service du Pr Lereboullet des faits indiscutables de pleurésies purulentes à staphylocoque *doré*, en outre, dans un cas de broncho-pneumonie, l'hémoculture a montré nettement la présence de ce microbe.

Dans notre deuxième observation, l'examen du pus montra : « à l'examen direct, la présence de
« nombreux polynucléaires altérés avec des diplo-
« coques à Gram positif, encapsulés ayant l'aspect
« du pneumocoque et des amas de staphylocoques.
« Les ensemencements sur gelose et bouillon ont
« donné uniquement les cultures de staphylocoques
dorés. »

Un abcès du poumon à pneumocoques a été

(1) Bezançon etc. Bull. et Mem. de la Soc. med. des hôpitaux, 28 janv. 1927.

décrit chez le nourrisson par Barrinthon et Ward (2).

Les germes trouvés dans les abcès broncho-pneumoniques sont des agents ordinaires des bronchopneumonies : pneumocoques, streptocoques, le B. de Pfeifer, etc.

(2) Barrinthon et Ward, Lauce-London 1913, p. 1090.

OBSERVATIONS

Observation 1

Di B... (Irène), entre le 10 février 1930 à la clinique Parrot parce que depuis quelques jours, elle tousse et a de la fièvre.

Le père et la mère sont bien portants. La mère a eu 14 grossesses, dont 8 accouchements normaux et 6 fausses couches; une réaction de Wassermann pratiquée pendant la dernière grossesse a été négative. L'enfant est née le 31 août 1929, à terme, pesant 3.320 grammes; accouchement normal; nourrie au sein. Aucun contact tuberculeux; la cuti-réaction à la tuberculine pratiquée chez l'enfant est négative. Varicelle à quatre mois.

Le 11 février 1930, on se trouve en présence d'un nourrisson de 5 mois pesant 5.375 grammes, de 59 centimètres de taille, de nutrition et de croissances normales. L'état général n'est pas mauvais, la température est à 37°1 le matin, 38°9 le soir. Toux peu fréquente, sèche. Dyspnée peu marquée au repos, mais nette et accompagnée de battements des ailes du nez dès que l'enfant s'agite.

L'examen clinique révèle à droite, en arrière : une matité à la base, avec retentissement du cri et

quelques râles bulleux fins, perceptibles pendant les fortes respirations, et en avant, sous la clavicule, du skodisme, avec respiration forte.

La radiographie montre une diminution de transparence homogène du tiers inférieur du champ pulmonaire droit, avec limite supérieure floue, progressivement dégradée vers le haut.

Une ponction exploratrice faite à la base droite, en arrière, ramène, dans un premier temps 10 c.c. environ d'un liquide séro-hémorragique, puis dans un deuxième temps, l'aiguille étant enfoncée plus profondément, une dizaine de centimètres cubes d'un pus franc, verdâtre, crémeux, bien lié, non fétide.

Au microscope, ce pus est constitué par de nombreux polynucléaires altérés; les frottis nombreux de cocci en amas, Gram positif et lesensemencements des cultures pures de staphylocoque doré.

La ponction est complétée par une injection d'une petite quantité d'air et un cliché pratiqué immédiatement après cette précaution montre à la base droite une image *hydro-aérique* typique, avec niveau liquide horizontal n'atteignant pas en dehors la paroi costale, surmonté d'une bulle d'air hémisphérique limitée par une coque épaisse circulaire.

Du 12 au 14 février, aucun changement; température oscillant entre 38°3 et 39°3.

Le 15 février, une ponction faite sur la ligne axillaire, sans doute restée trop superficielle, ne ra-

mène qu'une petite quantité de liquide séro-fibreux; on ne parvient pas à retrouver la poche purulente plus profonde.

Le 17 février une troisième ponction, faite comme la première, nettement en arrière, à la base, ramène 10 c.c. d'un pus ayant conservé les mêmes caractères; un nouveau cliché montre la permanence de la même image radiologique. Température: le matin, 38°5; le soir 39°1.

Le 22 février, la situation restant sans changement, on institue un traitement auto-vaccinothérapique. Le nourrisson reçoit en tout 5 injections sous-cutanées d'auto-vaccin: 1/4 de centimètre cube le 22, 1/4 de centimètre cube le 27, 1 c.c. les 3, 5 et 7 mars.

La première injection vaccinale est suivie d'une exacerbation thermique à 39°2 pendant deux jours, après laquelle la courbe de température baisse régulièrement en lysis.

Le 26 février, une quatrième ponction ramène 10 c.c. de pus ayant toujours les mêmes caractères.

Le 1^{er} mars, les signes cliniques se limitent à une matité de la base droite avec persistance du murmure vésiculaire.

Un troisième cliché ne laisse plus voir d'image hydro-aérique; on note seulement une opacité dense, homogène, de la moitié inférieure du champ pulmonaire droit, à limite supérieure floue.

Mais, détail capital, on voit nettement, vers la périphérie, une bande de décollement pleuro-pari-

tal montrant que l'opacité siège entièrement dans le poumon, légèrement collobé par un petit pneumothorax, résultat des ponctions précédentes.

Le 3 mars survient une vomique fractionnée : l'enfant se met à cracher du pus pendant la nuit jusqu'au matin.

A partir de ce jour, la température est à 37° et s'y maintient.

Le poids est à 5 kgr. 450. La toux est rare, la dyspnée très légère.

L'examen clinique physique montre une diminution de sonorité à la base droite; la respiration y est perçue normalement.

L'aspect radiologique, après la vomique, est totalement modifié. Le 7 mars un cliché montre dans la partie inférieure du champ pulmonaire, deux plages claires, de forme circulaire, limitées par une périphérie plus foncée; il s'agit de deux images cavitaires superposées en 8 ou d'une vaste spelouque cloisonnée. Le reste du champ est normal, à l'exagération près des ombres hilaires. L'hémithorax gauche est normal.

A partir de cette date, l'évolution reste apyrétique. L'état général est excellent, la courbe de poids normale. Il n'y a plus aucun signe d'auscultation perceptible.

L'image radiologique, par contre, se modifie avec extrême lenteur. Des clichés pratiqués les 14 mars, 21 mars, sont en tous points semblables à celui du 7 mars.

Le cliché du 28 mars montre que les bords des deux aspects cavitaires superposés en 8 sont plus nets, moins épais, plus linéaires.

Rien n'est changé les 5 avril, 25 avril, 16 mai. C'est seulement à partir du 30 mai que les images lacunaires rétrocedent nettement.

Le 21 juin, elles ont presque entièrement disparu (1), on les devine cependant encore à l'extrême base droite; la transparence du champ pulmonaire est un peu diminuée, surtout près du tube.

Le 2 juillet, enfin, l'aspect radiologique du poumon est redevenu normal.

En résumé, il s'agit d'un nourrisson chez qui nous avons constaté à l'âge de cinq mois un abcès du poumon de la base droite, d'allure cliniquement primitive, à staphylocoque doré, et qui a guéri.

Observation 2.

J... René est un petit nourrisson abandonné, actuellement âgé de trois mois, qui est né le 15 octobre 1930 et a toujours été suivi par nous depuis le lendemain de sa naissance.

C'était alors un nouveau-né bien développé, pesant 3 k. 400 et mesurant 50 cm. 1/2; il présentait de l'érythrodermie, un ictère et de la desquamation physiologique, qui disparurent en quelques jours.

(1) Nous devons noter que pendant cette période de signes uniquement radiologiques le nourrisson a supporté parfaitement une rougeole suivie d'une diphtérie nasale. (2-13 juin).

L'examen de l'enfant était par ailleurs absolument normal.

On lui fit absorber du B. C. G. par voie buccale les 18, 20 et 22 octobre, comme nous avons l'habitude de le faire chez tous les nourrissons abandonnés de moins de dix jours.

Sa croissance étant tout à fait satisfaisante, il fut envoyé le 10 novembre au centre d'adaptation à l'allaitement artificiel des enfants assistés à Antony.

Dès son arrivée, il présenta de la fièvre qui s'expliquait par l'existence d'une *rhino-pharyngite* aiguë avec coryza abondant, rougeur de la gorge et présence de mucopus dans le pharynx. Dès cette période, on fit à l'enfant deux injections successives du vaccin de Veill et Dufourt.

Une amélioration survint au bout de quatre à cinq jours et la rhino-pharyngite étiat à peu près guérie lorsque la fièvre reprit et l'enfant se mit à tousser.

Le 17 novembre, la température atteignait 40°, l'enfant avait de la dyspnée avec battements des ailes du nez et il toussait fréquemment. L'examen montrait l'existence au niveau de la base droite en arrière d'une submatité avec diminution du murmure vésiculaire et présence à ce niveau de quelques râles muqueux à bulles moyennes.

Il paraissait s'agir d'une broncho-pneumonie de la base droite.

La vaccinothérapie fut continuée de deux en deux jours associée à des injections de physiosthénine

(3 puis 5 cmc.). Les signes de la base droite persistèrent les jours suivants, la matité s'accrut de plus en plus et en même temps s'étendit à tout l'hémithorax droit, tandis que le murmure vésiculaire restait très diminué et qu'on continuait à percevoir quelques râles muqueux. La température oscillait entre 38 et 40°.

Le 20 novembre, l'enfant présenta à la suite d'une quinte de toux un vomissement alimentaire dans lequel la surveillante crut remarquer un peu de pus; ce fait ne se reproduisit pas dans les jours qui suivirent immédiatement.

Soupçonnant à cause de la matité une pleurésie purulente survenue comme complication de la broncho-pneumonie, une *ponction exploratrice* fut pratiquée le 19 novembre et répétée le lendemain, sans qu'aucun liquide pût être décelé. Ce n'est qu'à la troisième ponction, faite le 22 novembre, qu'on ramena une toute petite quantité — 1/2 centimètre cube environ — de liquide citrin, qui ne put être examiné.

Le 23 novembre, l'enfant fut ramené du centre d'Antony à la nourricerie Billard de l'Hospice des Enfants Assistés afin d'y être radiographié.

La *radiographie* faite le 24 novembre montra une ombre de la presque totalité de l'hémithorax droit, assez homogène, avec clarté relative au niveau du sommet. Une nouvelle ponction exploratrice fut négative.

L'enfant était alors presque apyrétique, son

état général était satisfaisant, le poids stationnaire depuis le début de la maladie, la dyspnée avait complètement disparu, la toux était peu fréquente, la matité toujours aussi marquée.

Le diagnostic restait incertain lorsque quelques jours plus tard l'enfant se mit à rejeter à plusieurs reprises à la suite des quintes de toux de petites quantités de pus. Le diagnostic de *vomique* qui n'avait été que soupçonné le 20 novembre pouvait dès lors être affirmé : il s'agissait donc d'une collection purulente pulmonaire ou pleurale s'évacuant par vomique.

L'examen du pus montra à examen direct la présence de nombreux polynucléaires altérés avec des diplocoques à grain positif, encapsulés ayant l'aspect du pneumocoque et des amas de staphylocoques. Les ensemencements sur gelose et bouillon donnèrent uniquement des cultures de staphylocoques dorés.

Les ponctions presque constamment négatives, une seule d'entre elles ayant ramené un peu de liquide citrin, faisaient penser que la collection ne siégeait pas dans la plèvre, mais bien dans le poumon.

On en eut bientôt la preuve par les radiographies successives qui furent pratiquées le 1^{er}, le 11 et le 18 décembre.

La première d'entre elles montra au milieu de l'opacité qui occupait encore la majeure partie de l'hémithorax droit une clarté siégeant à la partie

moyenne du poumon, à limite supérieure arrondie et concave vers le bas, à limite inférieure horizontale, en un mot une *image hydro-acérique nette* (py) dont les contours imposaient le diagnostic d'abcès du poumon.

Plusieurs évacuations du pus s'étant produites les jours suivants, la radiographie du 11 décembre mit très nettement en évidence l'existence d'une *poché ovale* à grand axe vertical, à limites nettes, apparemment vide de tout contenu liquide et entourée d'une opacité du champ pulmonaire.

L'enfant présenta par la suite plusieurs élévations thermiques, les unes durant trois ou quatre jours, les autres une seule journée qui correspondaient à des phases de rétention pendant lesquelles toute expectoration faisait défaut et qui étaient suivies d'une ou plusieurs petites vomiques avec retour de la température à la normale.

L'évolution se prolongeant, on pratiqua du 22 au 30 décembre cinq injections de Propidon (1/4, 1/4, 1/2, 1/2 et 3/4 cc). Depuis lors l'apyrexie s'est maintenue, la dernière vomique s'est produite le 2 janvier, la matité a peu à peu diminué pour disparaître complètement, l'état général s'est amélioré et l'enfant prend régulièrement du poids. Il est à noter que pendant l'évolution de l'abcès du poumon le foie et la rate ont l'un et l'autre notablement augmenté de volume et que l'hépatite et la splénomégalie persistent encore.

Parallèlement à l'amélioration clinique, on a pu

assister au moyen de la radiologie à la *disparition progressive de l'abcès pulmonaire*.

Le 18 décembre, la paroi de l'abcès est encore nettement visible; le 3 janvier, elle est à peine perceptible, l'opacité qui l'entourait a considérablement diminué et le 19 janvier il ne persiste plus guère qu'une augmentation des dimensions de l'ombre biliaire.

L'enfant semblait être guéri : mais le 2 février la fièvre monte de nouveau à 39° et prend une allure oscillante. L'enfant crie, tousse, mais il n'a pas eu de vomique. Une radiographie faite le 9 février montre : les contours de l'abcès presque invisibles ; par contre on note une ombre homogène au niveau du sinus costo-diaphragmatique.

En résumé : il s'agit d'un nourrisson, qui à l'âge d'un mois a fait un abcès du poumon à la base droite, d'allure cliniquement primitive, qui semblait être guéri, mais qui après une période de rémission avec apyrexie et disparition des signes radologiques présente à nouveau une température irrégulière dont la cause ne peut pas encore être précisée actuellement.

FORMES ANATOMO-CLINIQUES

Nous allons d'abord résumer brièvement les formes anatomo-cliniques de l'abcès du poumon chez l'adulte, pour les étudier ensuite chez le nourrisson.

CHEZ L'ADULTE

Le professeur F. Bezançon distingue :

1) Les abcès qui ne constituent pas une entité clinique, mais qui sont plutôt une complication en cours des affections comme : la broncho-pneumonie, plaie profonde du thorax, septico-pydrémie, etc.

Ce sont des abcès généralement à petites dimensions multiples et disséminés dans les deux poumons.

2) *Les grands abcès*, autonomes, au nombre d'un ou deux, possédant une symptomatologie propre. Ce sont ces grands abcès, qui peuvent être diagnostiqués chez les malades *in vitam*; ce sont donc eux qui ont au point de vue clinique le plus d'intérêt.

Ils se présentent sous trois formes anatomo-cliniques :

a) Abcès aigus circonscrits, le plus souvent curables ;

b) Abscès chroniques extensifs, s'aggravant par poussées successives ;

c) Abscès aigus extensifs, à tendance nécrosante, du type de la pneumonie disséquante.

ABCES AIGUS CIRCONSCRITS

Il s'agit en général de sujets jeunes. Le début clinique est celui de l'affection pulmonaire aiguë causale : pneumonie, congestion pulmonaire ; dans d'autres cas, c'est une embolie pulmonaire, survenant au cours d'une infection à foyer plus ou moins éloigné.

Les signes généraux sont ceux d'une infection fébrile intense à oscillations intermittentes.

Parmi les *signes fonctionnels*, il y en a un, qui est capital — c'est l'expectoration du pus. Elle survient en moyenne 8 à 9 jours après le début, soit sous forme d'une vomique franche, soit sous forme d'une vomique fractionnée.

Après chaque évacuation du pus, la température baisse pour remonter s'il y a phénomènes de rétention.

Les autres symptômes fonctionnels : la toux, la douleur thoracique, la dyspnée, sont variables, suivant les cas.

Les *signes physiques*, comme les indique le P^r Bezançon, sont tantôt très nets constitués par un syndrome cavitairé : râles, souffle et pectoriloquie ;

tantôt discrets, et dans les formes centrales et bien limitées, nuls.

Mais c'est surtout l'*examen radiologique* qui a une importance primordiale pour le diagnostic d'un abcès du poumon.

Sur un cliché on voit : une image hydro-aérique, habituellement unique (mais parfois multiple) limitée par une coque sombre, à grand axe vertical. Il faut bien fixer la topographie et l'aspect de cette image pour ne pas confondre l'abcès avec la pleurésie scissurale enkystée.

L'injection lipiodotée peut donner des renseignements précieux. L'examen histo-bactériologique des crachats doit être pratiqué.

La leucocytose, qui est constante, peut s'élever jusqu'au 30-50.000 par mm³.

Cette forme aiguë des abcès du poumon évolue dans beaucoup des cas favorablement vers la guérison en 2-3 mois, à moins qu'une complication ne survienne.

LES ABCÈS CHRONIQUES évoluent sur un terrain spécial, chez des sujets qui ont un passé de bronchites à répétition ou chez les diabétiques.

Au point de vue anatomo-pathologique, cette forme est caractérisée par des abcès multiples creusés dans le parenchyme pulmonaire très densifiés à la périphérie ; cette densification due à la sclérose et à l'infiltration purulente s'accroît concentriquement par poussées. Au point de vue clinique, les signes physiques et fonctionnels rappellent une affection chroni-

que comme la bronchectasie, et dans ses formes hémoptoïques, la bacillose. Cette forme est de longue évolution et dure des années.

LES ABCÈS NECROSISÉS, du type de la « pneumonie disséquante » sont extrêmement rares, se traduisent par leur début pneumonique et évolution suraiguë. Au point de vue anatomo-pathologique, « c'est une nécrose formidablement extensive d'un territoire considérable du poumon ».

CHEZ LE NOURRISSON

Par analogie avec des abcès du poumon chez l'adulte on distingue :

1) *Les petits abcès*, à symptomatologie fruste, qui dans la majorité des cas constituent une complication au cours d'une broncho-pneumonie prolongée, ou au cours d'une septico-pyémie.

Ces abcès de 3 à 8 mm, sont multiples, disséminés partout dans le poumon ou formant des groupes ; ils sont remplis de pus crémeux et jaunâtre et entourés d'une zone d'hépatisation.

2) *Les grands abcès*, autonomes, à symptomatologie bien déterminée.

Parmi les 3 formes anatomo-cliniques décrites chez l'adulte, seule la forme des abcès aigus, circonscrits, a été individualisée jusqu'ici chez le nourrisson.

Ces grands abcès aigus, circonscrits peuvent

être post-pneumoniques ou bien être d'origine embolique.

Au point de vue anatomo-pathologique :

Leur localisation semble être de préférence dans le poumon droit. Leur volume est celui d'une noix ou d'un œuf de pigeon.

Leur nombre : ils sont uniques, plus rarement multiples. Ils forment une excavation creusée en plein parenchyme et entourée des lésions d'hépatisation diffuse. Les parois de ces cavités sont anfractueuses, irrégulières et tapissées, d'une manière inconstante, d'une membrane pyogène mince.

L'histopathologie est « celle d'une infiltration des alvéoles et de la trame pulmonaire par des polynucléaires en voie de caryolyse ».

Les lésions associées :

Les lésions pulmonaires des abcès de toutes dimensions : petites ou grandes, s'accompagnent souvent : a) *des réactions ou des lésions pleurales*. Ce sont soit des pleurésies réactionnelles, soit des pleurésies purulentes, par infection, des pyopneumothorax, des empyèmes, si l'abcès s'ouvre dans la plèvre. Si l'abcès est superficiel, les adhérences pleurales sont très prononcées.

b) *des lésions des organes abdominaux* : Le foie est augmenté de volume et atteint d'une dégénérescence graisseuse, il y a une splénomégalie et le rein peut présenter des lésions d'une néphrite.

Nous allons maintenant étudier la symptomato-

logie des abcès aigus, seuls observés jusqu'ici chez le nourrisson. Nous commençons par les abcès cliniquement primitifs, et nous envisagerons ensuite ces abcès secondaires, constituant une complication de broncho-pneumonie et pneumonie.

SYMPTOMATOLOGIE

Les abcès cliniquement primitifs

L'abcès du poumon chez le nourrisson n'a pas une expression clinique bien déterminée et les enfants amenés dans les services, chez lesquels ultérieurement leur affection sera étiquetée : abcès du poumon, présentent à leur entrée des troubles les plus divers.

Ce sont des enfants, avec état général touché, qui présentent tantôt une température élevée sans qu'on puisse dépister la cause, tantôt c'est une rhinopharyngite, un coryza, des troubles gastro-intestinaux ou bien une cachexie progressive.

Quand les signes pulmonaires existent ils sont atypiques, nullement cavitaires et c'est le diagnostic d'une broncho-pneumonie ou d'un épanchement pleural qui est porté. Une ponction exploratrice profonde peut parfois, en ramenant du pus, découvrir un abcès.

En somme, le tableau clinique est tellement va-

riable que bien des fois on ne suppose même pas l'existence d'une affection pulmonaire.

Comme chez l'adulte l'*expectoration purulente* est un *symptôme fonctionnel* très important, mais elle est malheureusement inconstante.

Nous apportons deux observations où l'existence de la vomique a été constatée. Dans le cas de la petite Irène... (Observ. 1) c'est une vomique fractionnée. L'enfant crache du pus pendant toute la nuit.

Dans la deuxième observation (cas de René...) c'est une vomique discrète : on trouve du pus dans les regorgitations alimentaires du nourrisson, quelques jours plus tard, c'est une vomique franche : l'enfant se mit à rejeter à plusieurs reprises, à la suite de quintes de toux, des petites quantités du pus.

Les autres troubles fonctionnels : la dyspnée, qui est une polypnée, la toux, les troubles gastro-intestinaux avec diarrhée, n'ont rien de caractéristique.

Les signes physiques sont très variables et inconstants. Dans certains cas à peine ébauchés ou même inexistant, l'abcès restant muet, sans se trahir par aucun signe révélateur ; dans d'autres cas, les signes physiques sont plus nets, se traduisant par des râles humides, bronchophonie, pectoriloquie ou un souffle. Ces signes peuvent être masqués par un épanchement réactionnel.

Les signes radiologiques revêtent divers aspects. Dans un premier stade, la partie atteinte se présente sous forme d'une ombre homogène à limites floues.

Ultérieurement, dès qu'il se produit une communication avec une bronche ou dès que l'abcès est vidé partiellement par une ponction (avec injection à la place de l'aire) il se forme une image hydro-aérique typique : à « niveau liquide horizontal surmonté d'une bulle d'air hémisphérique limitée par une coque sombre et épaisse à contour circulaire ». Ce contour peut être double ou net, d'autres fois, il est moins marqué et difficile à distinguer du parenchyme environnant. Comme chez l'adulte l'axe de cette image est généralement vertical. L'image radiologique peut présenter d'autres aspects. La cavité complètement vidée de son contenu se présente sous forme d'une plage claire, arrondie, limitée par une périphérie plus foncée, qui au fur et à mesure que la guérison s'avance, disparaît progressivement, mais très lentement.

Tous ces signes peuvent être masqués par un épanchement réactionnel.

Exceptionnellement l'abcès peut être « caché », ne se traduisant par aucun signe sur le cliché, cependant son existence est prouvée ultérieurement à l'autopsie.

Les signes généraux sont ceux d'une toxi-infection. La température est irrégulière. Elle peut être à grande oscillation dépassant 39°, ou présenter des petites oscillations. Après une vomique évacuatrice, elle baisse en marquant un apaisement dans l'état général. L'amaigrissement est parfois très prononcé.

Complications. L'abcès du poumon peut secon-

direment infecter la plèvre, d'où formation d'une pleurésie purulente (1).

Les observations du D^r Baron (2) et des auteurs américains montrent la fréquence d'empyème, complication due à l'effraction du contenu de l'abcès dans la cavité pleurale.

Ces complications sont très graves et accélèrent l'évolution de la maladie.

Une complication non moins grave est l'infection générale, la septicémie.

Evolution

L'évolution des abcès aigus du poumon est souvent favorable. Nous avons observé dans le service du P^r Lereboullet 1 cas de guérison et réuni 2 autres cités par d'autres auteurs. Mais presque tous les abcès du poumon chez le nourrisson cités jusqu'à ces dernières années ont été diagnostiqués à l'autopsie.

L'évolution fatale est donc fréquente.

Il est difficile de juger quelle est la cause de cette évolution mortelle ; on peut accuser : la faible résistance de l'organisme du nourrisson, la cachexie, la toxémie de la maladie primitive, une complication (abcès du cerveau, pleurésie purulente, etc.) ou bien l'abcès lui-même.

Dans l'abcès du poumon, même s'il semble guéri, il faut craindre des rechutes. Cette guérison

(1) Thèse de P. Derchen. Etude sur quelques cas d'abcès de poumon chez des nourrissons.

(2) Baron. Berliner Klinische Wochenschrift 1908-98.

doit être vérifiée par des radiographies successives. Le P^r Bezançon admet que le type bactériologique a une influence sur le pronostic de la maladie.

Les abcès à pneumocoque semblent être les moins graves. Les suppurations à streptocoque peuvent être curables, mais peuvent avoir également une évolution mortelle.

Le pneumobacille de Friedlander est un mauvais microbe, il rend le pronostic très sévère.

Abcès du poumon

Complication d'une broncho-pneumonie et pneumonie

En cas de broncho-pneumonie, l'affection devient traînante et l'état général de l'enfant très grave. Les signes cliniques restent ceux d'une broncho-pneumonie : matité, râles, souffle, dyspnée, pouls rapide, diarrhée, amaigrissement. L'évolution se fait presque toujours vers la mort.

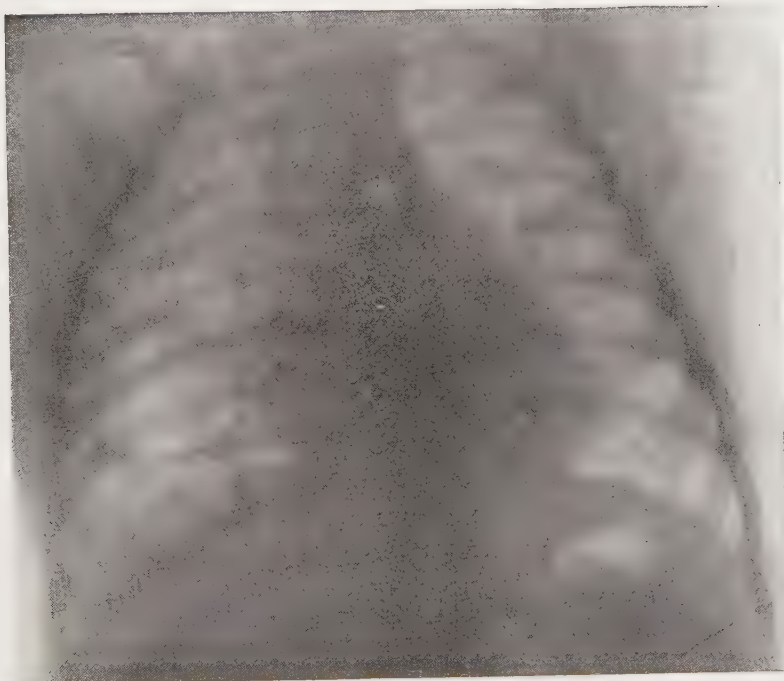
Dans d'autres cas l'affection prend une allure rapide et évolue en 10-12 jours (Observ. IV, Thèse du Professeur Dercheu).

A l'autopsie on trouve des multiples cavités de petites dimensions siégeant au niveau des nodules suppurés péribronchiques.

b) A la suite d'une pneumonie traînante et à rechutes, on a découvert souvent à l'autopsie de l'enfant des abcès généralement volumineux, développés en plein parenchyme pulmonaire.



Observation 1 :
Cliché du thorax : avant la vomique.



Observation 1 :
Cliché du thorax : après la vomique.

Les observations suivantes se montrent :

Observation 3 (Baron Berliner klinische Wochenschrift).

Enfant âgé d'1 an. Très bien portant. Pneumonie, qui dure 8 jours. Amélioration. Huit jours après la fièvre et la toux reprennent. Mort le 21^e jour de la maladie.

Autopsie : Pleurite à droite avec épanchement. A gauche : adhérences pleurales et dans toute l'étendue du lobe inférieur, une cavité purulente fermée.

Observation 4 (Barteustein Verlag Denticke 1907 5-78).

Enfant âgé de 15 jours. Admis pour « pemphigus monotrum et dyspepsie. Poids 3.950 gr. Huit jours de fièvre et formation d'un abcès sur le dos. Peu à peu la température tombe, mais par contre il se développe une pneumonie paravertébrale. Huit jours après l'apparition de l'abcès, de nouveau une poussée de fièvre. 4 jours plus tard l'enfant meurt. A l'autopsie : une pneumonie hypostatique paravertébrale de deux côtés. En outre on trouve de nombreux abcès de grosseur d'une lentille, très visibles, irrégulièrement disséminés dans les deux poumons.

Observation 5.

Enfant âgé de 6 mois. Tousse et présente une température élevée. 8 jours après on constate une pneumonie du lobe inférieur gauche, ensuite lobe supérieur droit est pris. Fièvre remittente continue.

Mort après 6 semaines. A l'autopsie : bronchite

diffuse purulente avec broncho-pneumonie. Au sommet du lobe supérieur droit une cavité purulente encapsulée, grosse comme une noix à l'intérieur de laquelle repose un gros morceau d'1 cm du poumon mortifié.

Observation 6 (Baron, Berliner Klin. Wochenschrift.)

Pneumonie gauche chez un enfant de 14 semaines. Etat général grave. Meurt le 7^e jour de sa maladie. Empyème du côté gauche créé par effraction dans la cavité pleurale du contenu d'un petit abcès du lobe inférieur. L'abcès était en communication avec une bronche remplie de pus.

CONCLUSIONS : Au point de vue anatomo-clinique on peut donc distinguer chez le nourrisson comme chez l'adulte de petits abcès du poumon, multiples, à symptomatologie fruste et les grands abcès, le plus souvent uniques, à symptomatologie autonome.

Seules les formes aiguës ont été individualisées jusqu'ici (exception faite, la forme à type pneumonie disséquante). La symptomatologie de ces formes aiguës est quasi identique à celle de l'adulte, mais elle est souvent fruste, et nécessite plus encore que chez l'adulte l'examen radiologique.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'abcès du poumon chez le nourrisson est très difficile, le tableau clinique de cette affection étant polymorphe et les signes pulmonaires souvent minimes.

Mais, quand on est en présence d'un enfant avec état général s'altérant rapidement, ayant une température à oscillations élevées, dont la cause nous échappe, il faut penser à une suppuration viscérale profonde et à la possibilité de sa localisation pulmonaire.

D'autres fois, les signes locaux et généraux sont ceux d'une broncho-pneumonie.

L'existence d'une vomique a une valeur clinique considérable.

La ponction exploratrice est un bon moyen de diagnostic. Elle doit être faite dans la zone de matité déterminée par la percussion. Quand il existe un épanchement réactionnel, la ponction de la cavité pleurale ramène un liquide citrin; poussée plus profondément, elle atteint l'abcès et ramène du pus.

La ponction est souvent négative parce que l'aiguille passe à côté du pus ou bien parce que le pus trop épais ne pénètre pas dans la seringue.

Dans ce cas on doit en faire une ou plusieurs autres et changer le calibre de l'aiguille.

On peut s'aider de la radioscopie et faire cette ponction sous l'écran.

Un inconvénient sur lequel les auteurs américains insistent particulièrement, c'est la possibilité de l'infection de la plèvre encore saine.

L'examen du sang peut relever une leucocytose sanguine souvent très élevée (30-40.000) et l'hémoculture indiquer le germe en cause.

L'examen radiologique joue un rôle primordial pour confirmer le diagnostic de l'abcès.

Les suppurations fétides, gangrène pulmonaire et dilatation des bronches une fois éliminées, il faut faire un diagnostic différentiel, parfois très difficile, avec la pleurésie interlobaire enkystée. Dans ce cas l'axe de l'image lacunaire est plutôt horizontal, la topographie de la collection répondant à une scissure interlobaire.

Cette pleurésie interlobaire est estimée plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte.

Le pneumothorax partiel peut faciliter le diagnostic radiologique. Dans notre observation n° 1 :

« Un heureux hasard, à la suite d'une ponction, a réalisé un petit pneumothorax de la grande cavité, qui laissait voir dans le moignon pulmonaire légèrement collabé, la lésion purement intraparenchymateuse ».

Les nouveaux procédés d'exploration broncho-pulmonaires et notamment l'examen lipiodolé peu-

vent dans certains cas donner des précieuses constatations.

Le diagnostic radiologique n'est possible que quand il s'agit des abcès volumineux.

Les petites collections ne donnent pas des images bien perceptibles, ni caractéristiques. Il est donc dans les cas des petits abcès (complication d'une broncho-pneumonie ou consécutifs à des petites embolies) quasi impossible de prouver leur existence. Il faut cependant les soupçonner quand l'affection devient traînante, quand les signes généraux sont ceux d'une suppuration avec lymphocytose, quand il y a une vomique.

La présence de la vomique pose le diagnostic avec :

a) *Dilatation des bronches.* Cette affection d'après Comby (1) « est au moins aussi commune chez l'enfant que chez l'adulte » ; elle est beaucoup plus rare chez le nourrisson. Elle se caractérise par une expectoration abondante, signe anormal chez l'enfant, qui dans les autres affections pulmonaires ne crache pas ; par la moindre gravité de l'état général, par la fétidité des crachats ; par des signes physiques et radiologiques.

b) *La gangrène pulmonaire* dont la fétidité repoussante de l'haleine et des crachats est pathognomonique.

(1) Comby : Traité des maladies de l'enfance.

Elle s'accompagne d'un état général grave, parfois d'un noma ou d'une stomatite ulcéreuse.

Elle n'est jamais primitive chez les enfants et se rencontre chez les mal tenus, les affaiblis et les épuisés par des maladies antérieures comme : la pneumonie, la broncho-pneumonie, la diphtérie, coqueluche, variole, tuberculose, etc.

L'examen bactériologique fait constater des nombreux microbes : des vibrions, des anaerobies, des spirochètes.

La *tuberculose* est éliminée par la cuti-réaction négative, par l'évolution de la maladie, par l'absence dans les crachats, dans le pus de la vomique, dans le liquide pleural de bacilles de Koch.

En résumé : le diagnostic de l'abcès du poumon chez les nourrissons repose sur les éléments suivants : signes généraux, signes pulmonaires, vomique, ponction exploratrice et surtout la radiologie.

TRAITEMENT

De nombreuses méthodes ont été préconisées comme traitement des grands abcès du poumon.

Certains de ces abcès évoluent spontanément vers la guérison à la faveur d'une vomique évacuatrice.

Il est donc préférable de recourir d'abord au traitement médical, n'utilisant les méthodes chirurgicales que dans les cas d'échec des premières.

Les traitements médicaux comprennent :

Les antiseptiques : les injections par voie sous-cutanée de l'huile goménolée ou eucalyptolée; les inhalations de vapeur d'eau additionnée de teinture d'eucalyptus ou de benjoin, ou bien, comme le préconise le P^r Nobecourt « des inhalations d'oxygène, qui a barboté dans l'huile goménolée à 20 p. 100 ».

Localement, une ponction évacuatrice peut donner des bons résultats. Elle peut être suivie d'une injection des substances modificatrices.

La vaccinothérapie mérite une mention spéciale.

Dans l'observation 1, cas de la petite Irène, l'agent pathogène de l'abcès était le staphylocoque doré. Le treizième jour de la maladie, le traitement par l'auto-vaccin a été institué à des doses suivantes :

2 fois un quart de cc à 4 jours d'intervalle et trois fois 1 cc à deux jours d'intervalle, en tout 5 injections.

La première injection vaccinale a été suivie d'une élévation thermique à 39°2, deux jours après la température baisse régulièrement en lysis.

L'enfant a guéri en 3 mois et demi.

Sans doute les ponctions évacuatrices et la vomique ont joué un rôle dans cette guérison, mais il semble que la vaccinothérapie a eu une influence sur l'évolution favorable de la maladie.

Pour déterminer l'état de défense de l'organisme, l'état *allergique* de la petite malade à l'égard du germe en cause, voici ce qui a été fait dans le service :

« Nous avons pratiqué des intradermo-réactions
« avec 2/10 de centimètre cube d'émulsion auto-vac-
« cinale. Avant le début du traitement, cette intra-
« dermo-réaction était fortement positive : en accord
« avec ce fait, la première injection de vaccin a été
« suivie d'une forte réaction thermique et d'une cer-
« taine réaction locale; nous n'avons pas dépisté de
« réaction locale. Les jours suivants, l'intradermo-
« réaction est devenue négative, et les injections vac-
« cinales poursuivies à doses croissantes n'ont plus
« été suivies d'aucune réaction. Cette anergie nous a
« d'ailleurs paru transitoire. »

En somme, chez cette enfant au début du traitement, l'intradermo-réaction étant positive, il y avait un certain degré de défense de l'organisme à l'égard

du germe en cause. Cet état a disparu (anergie) pour réapparaître plus tard.

Dans le cas où l'agent pathogène est le pneumocoque, la vaccinothérapie anti-pneumococcique semble donner des bons résultats.

Le vaccin de *Weil et Dufourt* a été employé chez le nourrisson René J... (Obs. 2) dans la phase suraiguë, initiale de la maladie. Il est difficile de juger sur son efficacité dans ce cas.

Le *Propidon* semble donner une amélioration avec baisse de température.

La sérothérapie a été utilisée chez l'adulte avec des bons résultats par Laiguel-Lavastine et Coulaud. Mais elle est surtout efficace dans les abcès fétides.

Le traitement par *pneumothorax artificiel* qui dans certains cas est recommandé chez l'adulte n'a pas été utilisé chez le nourrisson.

Cette méthode a été employée chez l'enfant par Balboni et Churchill (1) qui ont publié en 1924 l'observation suivante : (2)

« Une fille de 8 ans, qui quatre jours après une amygdalectomie pratiquée sous anesthésie à l'éther présenta un peu de fièvre. Le onzième jour, surviennent un frisson, un point de côté gauche, une toux sèche, des vomissements ; la fièvre s'élève à 40° ; l'état général est sérieux, l'enfant ressent un violent

(1) Balboni et Churchill : Report of a acute lung abscess in child cured by artificail pneumothorax (Boston M. et J. 1924 exc, 965).

(2) Texte français, d'après la leçon clinique du P^r Nobécourt.

point de côté, est prise d'accès de toux et expectore 60 gr. de crachats purulents brunâtres. La radiographie montre une cavité à la base gauche. On diagnostique un abcès du poumon ouvert dans une bronche. La fièvre tombe, mais l'expectoration persiste. L'enfant rejette jusqu'à 200 gr. de pus par jour. Le vingtième jour, la fièvre a repris, la température est élevée, l'état général grave.

On pratique un pneumothorax : on injecte dans la plèvre 400 cmc d'air. Le lendemain la défervescence se fait, l'expectoration diminue, l'amélioration se poursuit progressivement et la malade guérit.

En résumé : guérison d'un abcès du poumon chez une enfant de 8 ans par réalisation d'un pneumothorax artificiel.

Le gros danger de cette méthode c'est la rupture de l'abcès dans la plèvre, entraînant une pleurésie purulente.

Chez le nourrisson le *traitement chirurgical* n'était pratiqué jusqu'ici qu'exceptionnellement.

Le Dr Baron (3) a publié en 1907 l'observation suivante :

M. G., né le 16 mai 1907, admis le 30 mai 1907. Enfant prématuré pesant 2.110 gr. nourri au sein. Présente des troubles dyspeptiques. Température 38°6. A l'examen du poumon à la base droite : matité, quelques râles et souffle bronchique. Le 16 juin, une ponction exploratrice fut négative. Le 22 juin. à l'examen du poumon : *idem*.

La ponction exploratrice donne à une profondeur de 1 cm 7 du pus à flocons épais et mélangés à des bulles d'air.

(3) Baron. Berliner Klinische Wochenschrift 1908.

L'examen bactériologique du pus montre l'absence de Bacilles de Koch. A cause de la faiblesse extrême de l'enfant on essaie un drainage (Bûlan'che Heberdrainage), mais le pus trop épais ne passe pas par le trocard. Après avoir retiré le trocard le pus s'écoule par la plaie. Quelques heures plus tard on pratique sous une faible anesthésie une thoracotomie intercostale. Celle-ci étant encore insuffisante on fait une resection costale de 3 cm. On constate alors que la plèvre pariétale est adhérente au poumon au-dessus de la resection. Très près du bord supérieur de l'incision on voit le bord libre de la plèvre viscérale sous laquelle, dans le poumon, on trouve une cavité du volume d'un œuf de pigeon.

On tamponne et on panse la plaie.

L'enfant supporte l'opération tout à fait bien.

23 juin. L'état général satisfaisant. Le poulx bien frappé.

L'enfant prend mieux le sein qu'avant l'opération.

26 juin. Réaction à la tuberculine de V. Pinquet, négative. La plaie a bon aspect.

3 juillet. La plaie granule toujours bien. L'enfant fait du « pemphigus moriatorium ». L'état général médiocre.

6 août. Plaie presque cicatrisée. Etat général assez bon. Poids 2.090 gr.

L'enfant a fait plus tard une bronchite grave avec des troubles cardiaques et acedems. Actuellement l'état de l'enfant est bon. Poids 3.760 gr.

En résumé : Abscès du poumon chez un nouveau-né de 15 jours, prématuré et débilité, qui a guéri par un drainage direct. après une résection costale. L'auteur de cette observation signale, que le diagnostic de l'abcès était dû à un heureux hasard, la ponction exploratrice ramenant du pus ; ce diagnostic ne fut confirmé que pendant l'intervention. Les bons résultats de cette intervention s'expliquent par l'existence des nombreuses adhérences pleurales et par la localisation superficielle de la collection :

La pneumotomie :

Pozzato en 1914 a publié une observation d'un enfant de 8 mois chez lequel il diagnostique : l'abcès du poumon non ouvert dans les bronches. Il pratique la pneumotomie : l'enfant guérit.

Comme dans l'observation précédente, les adhérences pleurales ont joué ici un rôle important en protégeant la cavité pleurale de l'infection (1).

(1) Le résumé de cette observation a été emprunté à une leçon clinique du P^r Nobécourt.

CONCLUSIONS

1° L'abcès du poumon chez le nourrisson n'est plus uniquement une découverte d'autopsie, il peut être diagnostiqué chez l'enfant vivant.

2° La symptomatologie étant extrêmement polymorphe, seul un examen radiologique peut confirmer le diagnostic.

La ponction exploratrice apporte un aide précieux, permet d'étudier la nature du germe en cause et guide dans le traitement.

3° La vomique évacuatrice existe chez le nourrisson et peut jouer un rôle considérable dans le diagnostic de l'abcès et l'évolution, constituant dans certains cas un drainage suffisant pour permettre une évolution vers la guérison.

4° L'agent pathogène des abcès est variable suivant les cas. Le pneumocoque a été trouvé dans quelques cas d'abcès du poumon chez le nourrisson et fant.

Le staphylocoque doré a été rencontré dans nos deux observations.

5° L'auto-vaccinothérapie semble avoir donné des bons résultats dans 1 cas d'abcès du poumon, que nous avons suivi

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu : le Président,
LEREBOULLET,

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- Balboni et Churchill E. D.* — Report of a acute lung abcess in a child cured by artificial pneumothorax (Boston Me. et J. 1924 CXC, 965.)
- Baron L.* — Meher lugeabcesse bei sanglichen (Berliner Klin. Wochenschrift 1908, 98.)
- Barriez.* — Traité pratique des maladies de l'enfance (1845).
- Barrinhton et Ward L. E.* — Pneumococcal abcess of the lung in children (London 1913, P. 1090).
- Bezançon et Jacquelin.* — Les grands abcès du poumon a pyogènes (Paris, Medical, 16 février 1929).
- Bezançon, Jacquelin et J. Célice.* — Abcès du poumon à staphylocoques dorés (Soc. Med. des Hôpitaux, 1927, p. 94).
- Brichoteau.* — Sur le traitement des abcès du poumon par le pneumothorax (Thèse de Paris, 1928).
- Coffin.* — Etude des abcès du poumon (Thèse de Paris, 1925).
- Derchen.* — Etude sur quelques cas d'abcès du poumon chez les nourrissons (Thèse de Paris, 1925).
- Grisolle.*
- Guinon et Beauvy.* — Abcès du poumon chez un nouveau-né syphilitique atteint d'infection ombilicale (Bulletin de la Soc. de Ped. de Paris, 1908, X, 375).
- Harviez.* — Nouveau traité de médecine de Roger, Widal et Tessier (Tome XI).
- Huber.* — Abcess of the lung due to wire long nail two indies long in rig, bronchus opération recovery with surgical comments by H. M. silv. (Ardi, ped. N. Y. 1909, XXI, P. 201).

Hugukey. — Empyema of gall bladder broncho-pneumonia
empyema of right pleura pulmonary abscess in child aged y
recovery ((Louth M. J. 20 sept. 1927).

Kowrihky. — Les abcès du poumon (Thèse de Paris, 1927, Ar-
nette, Editeur).

Laënnec.

Læper et Paiseau. — Pathologie interne de Gilbert et Fournier
(Tome II, maladies de l'appareil respiratoire).

Marchand. — Munch. med. Wochens. n° 5, 1919.

Nobecourt. — Les abcès du poumon chez l'enfant (Concours
Medical, 16 mai 1926, p. 1330).

Trousseau.

Wessler et Schwartz. — Abscess of the lung in enfants an chil-
dren (Am. J. Dise, ch. Chicago, 1920, n° 31).

